



FONDS « ELLES CENTRAIDE » POUR L'ACCOMPAGNEMENT D'UN PROJET DE VIE

Formulaire de demande d'aide financière

IDENTIFICATION DE LA CANDIDATE

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

**1- VEUILLEZ APPORTER UNE BRÈVE DESCRIPTION DU PROJET POUR LEQUEL VOUS
SOUHAITEZ FAIRE UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE ?**



2 - VEUILLEZ IDENTIFIER LE CHANGEMENT QUE CE PROJET APPORTERA DANS VOTRE VIE LORSQU'IL SERA RÉALISÉ ?

3 - ÊTES-VOUS ACCOMPAGNÉE PAR UNE ORGANISATION QUI SOUTIENT VOTRE DEMANDE ?

OUI

NON

Si oui, laquelle ?.....

4 - AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTAMÉ DES DÉMARCHES EN LIEN AVEC LA RÉALISATION DE VOTRE PROJET ? SI OUI, POUVEZ-VOUS APPORTER DES PRÉCISIONS SUR LES DÉMARCHES ENTAMÉES ? DANS LE CAS CONTRAIRE, POUR QUELLES RAISONS ?

OUI

NON

Précisions :



5 - SELON VOTRE ESTIMATION, COMBIEN DE TEMPS LA RÉALISATION DE VOTRE PROJET PRENDRA -T- ELLE (date approximative du début et de la fin) ? VEUILLEZ APPORTER DES INDICATIONS SUR LES ÉTAPES DE LA RÉALISATION DU PROJET.

6 - QUELLES SONT LES ACTIONS CONCRÈTES QUE VOUS PRÉVOYEZ METTRE EN PLACE POUR RÉALISER VOTRE PROJET ?

7 – LORSQUE LE PROJET SERA RÉALISÉ, QUELLES SONT LES ACTIONS CONCRÈTES QUE VOUS PRÉVOYEZ METTRE EN PLACE POUR MAINTENIR CET ÉTAT DE CHANGEMENT POSITIF APPORTÉ ?



8 - À COMBIEN ESTIMEZ-VOUS LE COÛT TOTAL DE VOTRE PROJET ?

Coût total :

**9 - QUELLES SONT VOS SOURCES DE REVENUS ACTUELLES FAMILIALES?
ET QUEL MONTANT EN RETIREZ-VOUS SUR UNE BASE ANNUELLE?**

Sécurité du revenu

Assurance-emploi

Pension alimentaire

Salarié

Allocations familiales

Autre

**SI VOUS AVEZ DES INFORMATIONS PLUS PRÉCISES À APPORTER SUR VOTRE SITUATION
FINANCIÈRE, VEUILLEZ LES INDIQUER CI-DESSOUS.**



Dans l'optique où Centraide Haute-Côte-Nord/Manicouagan accepterait de vous offrir l'aide demandée, vous devez comprendre que cette aide est relative à une situation particulière vécue et que celle-ci ne pourra pas être récurrente. Vous devez également savoir que d'autres alternatives devront être mises en place pour pallier cette situation dans le futur. Finalement, vous devrez vous engager à débiter une démarche d'aide avec un intervenant social. Votre signature fera foi de votre adhésion à cette entente.

Date :

Signature de la candidate :

Date :

Signature du responsable de l'organisation soutenant la demande :

Pour de plus amples informations vous pouvez nous contacter au 418 589 5567 ou à l'adresse courriel - direction@centraidehcnmanicouagan.ca

